FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1912

PARA SER DEFENDIDA POR

Milton Cavalcanti Pina

NATURAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Filho legitimo do Dr. Antonio Cavalcanti Pina e de D. Anna Amelia Cavalcanti Pina

AFIM DE OBTER O GRÁU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A LEISHMANIOSE ULCEROSA

Cadeira de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

PROPOSIÇÕES

Trez sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA

Escola Typographica Salesiana

1912

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—DR. AUGUSTO CEZAR VIANNA
VICE DIRECTOR . . . .
SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

OS SNRS. DRS.	CADEIRAS
Manoel Agusto Pirajá da Silva .	Historia natual medica
Pedro da Luz Carrascosa. . .	Physica medica
. . . .	Chimica medica
Julio Sergio Palma . . .	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos. . .	Anatomia descriptiva
Pedro Luiz Celestino . . .	Physiologia
Augusto Cesar Vianna . . .	Microbiologia
Antonio Victorio de Araujo Falcão.	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello . .	Anatomia e Histologia pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Anisio Circumdes de Carvalho .	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira . .	« «
João Americo Garcez Fróes . .	« «
Antonio Pacheco Mendes . .	« Cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral .	« «
Carlos de Freitas	« «
Clodoaldo de Andrade . . .	« Ophtalmologi a
Eduardo Rodrigues de Moraes .	« Oto-rhino laringologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira	« dermatologica e syphiligraphica
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão .	Pathologia Geral
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
Frederico de Castro Rebello . .	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães .	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca . .	Hygiene
Josino Correia Cotias . .	Medicina legal e toxicologia
Climerio Cardoso de Oliveira.	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza. . .	« gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho . . .	« psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio Rodrigues Vianna . .	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos. .	« cirurgica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS EFFECTIVOS

OS SNRS. DRS.	CADEIRAS
Egas Muniz Barretto de Aragão .	Historia natural medica
João Martins da Silva . « .	Physica medica
. . . .	Chimica «
Adriano dos Reis Gordilho . .	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho . .	Anatomia descriptiva
Joaquim Climerio Dantas Bião .	Physiologia
Augusto de Couto Maia . . .	Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa .	Pharmacologia
. . . .	Anatomia e histologia pathologicas
Eduardo Diniz Gonçalves . .	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Caio Octavio Ferreira de Moura .	« cirurgica
. . . .	« ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão .	« dermatologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares .	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Koch.	Therapeutica
José de Aguiar Costa Pinto . .	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho. . .	Medicina legal e toxicologia
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clnica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal .	« psichiatrica e de molestias nervosas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Drs.

Sebastião Cardoso — Deocleciano Ramos
João Evangelista de Castro Cerqueira — José Rodrigues da Costa Dorea

DISSERTAÇÃO

Breves considerações sobre a Leishmaniose ulcerosa

Primeira parte

SUMMARIO—Definição, synonymia, dominio geographico, etio-pathogenia, transmissibilidade, descobrimento do *leishmania tropica.*

Definição—A sciencia medica em sua evolução continua, não cessa de contribuir para o esclarecimento de seus mais obscuros pontos.

Até bem pouco tempo era acertado definir-se esta affecção, considerando-a como exclusivamente limitada á pelle.

Esta maneira de definir, parece, pecca actualmente por deficiencia, pois, estudos ultimamente feitos e que vão sendo continuados accuradamente, vêm tornar uma realidade a sua localisação nas mucosas.

Deante do exposto, nós tentamos definil-a assim— E' uma affecção ulcerosa typica peculiar aos paizes quentes, circumscripta á pelle, na maioria das vezes, podendo tambem localisar-se nas mucosas. De ordinario é benigna e produzida por um parasita perfeitamente definido—*o leishmania tropica.*

Synonymia—Não ha por certo, em todo quadro nosologico, affecção que se apresente tão rica em denominações quanto esta de que tratamos.

E' commum chamal-a *botão, ulcera* e mais raramente *pustula e furunculo*, seguida de designações locaes ou de outra natureza.

Entre nós é empregado quasi exclusivamente o termo botão e no sul do paiz ella é chamada ulcera. Aliás, este ultimo termo é o menos improprio, porque traduz a phase mais importante da affecção que estudamos. Indubitavelmente, as localidades visitadas pela affecção leishmanica, são as maiores contribuintes no tocante a sua synonymia. Senão vejamos.

Botão de Biskra, botão de Alepo, botão do Oriente, botão de Sind, botão de Delhi, botão dos Zimbans, botão do Nilo, pustula de Bassora, ulcera do Oriente, botão de Bombay, botão de Guzerat, praga de Afgam, botão de Bagdad, botão Tunisiano, ulcera de Taschkent, ulcera de Umballa, botão de Gafsa, botão de Yemen, herpes do Nilo, botão de Creta, etc.

No Estado de S. Paulo e no sul do paiz, a affecção é conhecida pela denominação de *ulcera de Baurú*, raramente *ulcera de Avanhandava*, foram vulgarmente chamadas em certo tempo, *feridas bravas.* Na cidade de S. Salvador ella é conhecida por *botão de Bahia* e mais commummente *botão de Biskra.*

Como se vê, longa é a lista das denominações originarias de locaes onde a affecção é reinante e por ella deduz-se que, taes designações são improprias, porque pouco exprimem scientificamente e fazem crêr que trata-se de affecções diversas, quando em realidade tal não se verifica.

Ainda outras denominações baseadas em factores clinicos diversos—*pian-bois, botão ou ulcera de um anno, lupus endemico, pyrophlyctide ulcerosa, impetigo annua,*

dermatose ulcerosa, ulcera maligna, ulcera dos paizes quentes, mycosis cutis chronica, picada de môsca, mal das tamaras e botão endemico dos paizes quentes. Esta ultima denominação, que era a mais plausivel até bem pouco tempo, perdeu depois parte do seu valor. Tambem a expressão de botão do Oriente, creada por Villemin, foi rasoavel emquanto a affecção limitou-se ao Oriente, mas, no momento actual em que o Occidente é já invadido, a alludida designação, é sem razão de ser. Le Dantec propõe que se chame-*Salek*—á affecção que estudamos.

Com justo acerto, tem sido ultimamente proposto e acceito chamal-a *leishmaniose cutanea, ou ulcerosa*, como prefere o Dr. Lindemberg,

A designação cutanea ou ulcerosa, serve para distinguil-a do Kala—azar ou splenomegalia tropical, que é tambem uma leishmaniose, mas de localisação visceral. Por ser scientifica, lembrando o seu responsavel, a denominação de *leishmaniose ulcerosa* convem admiravelmente, pois, o seu uso abrangendo todos os locaes infectados, pode e deve tornar-se universal, além de que faz cessar a pratica abusiva de muitos nomes. E' o termo que usam os compendios de Pathologia Exotica e monographias editados n'estes ultimos tempos.

Dominio geographico—A leishmaniose ulcerosa não é affecção peculiar á todos os paizes. Ella tem sido notificada em certas e determinadas zonas do mundo tropical e sub tropical.

Verdade é, que, sua distribuição se tem de algum modo propagado á varios paizes, devido provavelmente à immigração de habitantes de locaes infectados. Com effeito, é mais provavel que affecção seja propa-

gada do que autochtona. Não se sabe, se foram os negros ou os Arabes que trouxeram a affecção leishmanica para o nosso paiz. Um facto curioso é o da circumscripção da leishmaniose ulcerosa á certas zonas, que tornam-se desde logo conhecidas pelos clinicos locaes.

Le Roy de Mericourt discute a distribuição geographica da affecção leishmanica, considerando os differentes territorios comprehendidos entre Marrocos á oeste e as margens do Ganges á leste, entre 10 e 40° de latitude Norte.

Ora, estes limites, certos durante algum tempo, hoje são manifestamente insufficientes, desde quando muitos outros fócos teem sido descobertos fora da area traçada por Mericourt

Vejamos as zonas já atacados—*Asia*—Tem sido muito procurada pela leishmaniose ulcerosa. Ella foi notada em differentes cidades da Asia—Menor—Mesopotamia (Orfa, Mussul, Bagdad, etc), Arabia (Yemen), Syria (Alepo Beyrut, Liban, etc) Persia (Teheran, Ispahan), India (Delhi, o mais antigo foco indiano, Lahore, Moultan Bombay), Caucaso, nas provincias de de Turkestão (Taschkent), Afagnistão e na pennisula de Malacca, onde é conhecida por *purú*.

A Asia, como se vê, tem uma area attingida pela leishmaniose ulcerosa. E' n'ella, que se encontram os mais antigos focos, parecendo ter sido o berço da affecção.

Africa—A parte septentrional é a região onde existe a leishmaniose ulcerosa. Assim, ella é notada na lAgeria (Laghouat, Biskra, Ouargla, Zimbans etc), nas provincias de Oran, em Marrocos (margem do Malouia), e no Egypto (Cairo, Suez).

America de Norte—Não existe a leishmaniose ulcerosa n'esta parte.

Oceania—A affecção foi verificada na Nova ccaledonia por Nicolos.

Europa—Limitada á Chypre, Creta e Grecia, foi ultimamente encontrada por Gabbi e Laccava na Sicilia e Sardenha.

America do Sul—A existencia da leishmaniose ulcerosa n'esta parte do mundo é relativamente disseminada. Já em cinco paizes foi ella observada—na Guyanna Franceza, na Colombia. no Perú, na Bolivia e no Brazil. Em nosso paiz, ou em tres estados apenas—S. Paulo Bahia—e Rio tem sido notada reinando de maneira endemica.

Ella existe intensamente entre os operarios que trabalham na construcção da E. de ferro noroeste do Brazil, que partindo de Baurú, irá terminar em Cuyabá. Estes operarios vão contaminando outras localidades. Hoje, em parte da zona Noroeste do E. de S. Paulo, existe tal affecção. Em Matto Grosso, já é provavel a sua existencia de maneira endemica. No E. da Bahia, observa-se a leishmaniose ulcerosa, na capital e particularmente em seus arredores. D'estes, destaca-se, em primeiro logar, Brotas, vindo depois S. Lazaro, Lucaia, Baixa das Quintas, Matta Escura, Campo Santo, Cidade de Palha etc. O Dr. Pirajá da Silva observou casos em doentes vindos do interior do Estado—Taytinga (Nazareth,) Lage, e Fazenda Guaiba Cachoeira.

Nós já vimos um caso de Iguape Cachoeira.

O Dr. Rabello, do Instituto Bacteriologico do Rio, indentificou um caso em um doente de Minas Geraes. O Dr. Carlos Rao notou a affecção leishmanica ulce-

rosa, em Manaos. O Dr. A. da Matta, indentificou um caso no Pará. O Dr. Thomaz viu varios casos no Amazonas. O Dr. Splendore, notou a affecção no Estado do E. Santo. Como se vê, a leishmaniose ulcerosa não é tão restricta em nosso paiz, como á principio e suppunha, a sua existencia em outros estados é muito provavel e para o futuro, novos focos irão sendo descobertos.

O exame microscopico evelando a presença do *leishmania tropica*, é imprescendivel para indentificar a a *leishmaniose ulcerosa* em todos os logares onde, pelos signaes clinicos, a suspeita exista.

ETIO-PATHOGENIA—A leishmaniose ulcerosa é uma affecção endemica.

E' o que se tem verificado em toda parte onde ella existe.

E' contagiosa—Apezar de alguns autores affirmarem o contrario, nós nos enfileiramos ao lado d'aquelles que admittem a sua contagiosidade. Em meiados de 1911, tivemos occasião de verificar no serviço clinico do professor Al. Cerqueira, 6 doentes de uma mesma casa, atacados da leishmaniose ulcerosa.
Deperet e Boinet citam casos de individuos contagiados em França, por soldados vindos da Tunisia. Tem-se citado casos de contagio, por objectos que pertenceram a individuos contagiados.

É inoculavel—Experiencias teem sido feitas em homens e animaes, afim de provar a inoculabilidade da affecção. E assim que Deperet e Boinet, Weber e outros teem inoculado homens com serosidade e crôsta de ulceras typicas, apparecendo no fim de certo tempo lesões caracteristicas. Nicolle e Sicre reproduziram ex-

perimentalmente a leishmaniose ulcerosa em macacos, fazendo-lhes inoculações com raspagens de productos, encerrando o parasita. O Dr. Lindemberg inoculou 4 macacos e em um sómente, manifestou-se a leishmaniose ulcerosa. O Dr. Pirajá da Silva fez inoculações de serosidade no dorso do nariz de um cão, sem resultado. *É auto-inoculavel.* A seguinte experiencia é concludente.

Marzinovisky inoculou á si proprio em uma das mãos com material proveniente de ulceras leishmanicas. Tempos depois elle sentiu-se doente e appareceu no ponto de inoculação uma ulcera typica, denunciada pela presença do *leishmania tropica* nas raspagens feitas.

O virus e culturas mostram-se inactivas para os animaes. Nicolle e Manceaux fizeram inoculações em cães com enormes doses de cultura viva, sem resultado. A affecção experimental é mais benigna e menos duradoura que a affecção adquirida.

Todas as raças são egualmente susceptiveis de ser atacadas pela leishmaniose ulcerosa. Alguns dizem que a raça branca é de preferencia attingida, mas, as nossas observações, como as da maioria dos autores, permittem dizer que as raças branca e preta são indistinctamente atacadas. Não há tambem distincção de sexo, nacionalidade, condicções sociaes, edade, etc. Em relação a edade, há quem tenha notado a predilecção da affecção pelas creanças. O Dr. Wenyon diz que, em Bagdad, os habitantes são atacados pela leishmaniose ulcerosa, com a edade de 1 a 3 annos. Isto não se verifica entre nós, nem em outros locaes.

A respeito de nacionalidade, muitos affirmam que os estrangeiros são preferidos pela leishmaniose ulcerosa.

Diz Volney que, tres mezes de permanencia em Alepo, bastam para a acquisição da affecção leishmaniose.

Este modo de vêr, é muito absoluto.

Conhece-se casos de estrangeiros residindo em logares infectados pela leishmaniose ulcerosa, durante muitos annos, sem contrahirem a affecção.

O Dr. Thomazini clinicou em Alepo, por espaço de 14 annos e não teve a affecção leishmanica. Germain, citado por Guilhou, viveu 69 annos em Alepo e sahiu indemne da leishmaniose ulcerosa.

Não é raro, entretanto, adquirir-se a infecção, após á chegada a um logar infectado.

A formula deve ser esta—Aquelles que moram em logar onde existe a leishmaniose ulcerosa, estão muito sujeitos á tel-a, mas, podem passar incolumes.

—O numero de elementos ulcerosos é variavel. Pode existir uma só ulcera, mais, em geral nota-se tres e quatro. Quando unica, diz-se em Alepo e em outros logares que é macha e quando multiplas são ditas—femeas. Neste ultimo caso, ha sempre uma em destaque que é chamada—*principal*—sendo as demais—*secundarias*.

Citam-se casos de doentes com 30, 40 e mais elementos ulcerosos.

Lemanski viu um doente em Tunis que tinha 100 ;Guilhou cita um caso, no qual havia 77 ulceras e Heindereich observou um caso de 176! No hospital da Santa Casa, em S. Paulo, foi pelo Dr. Pedroso, visto um doente com 74.

Estes casos constituem raras excepções.

Em geral, nós temos verificado 2,3, e 4 elementos ulcerosos no mesmo doente.

Temos observado tambem, casos de uma unica ulcera.

—E' facto verificado pela totalidade dos autores, a

preferencia de localisação das ulceras leishmanicas pelas partes expostas, desprotegidas pelas vestes. Os pontos habituaes, são: a face, o punho, o ante-braço e mais raramente os membros inferiores, por se acharem em geral cobertos pelas vestes. Nas crianças é commum observar-se a affeção nos membros inferiores.

Alguns autores citam o curioso facto de localisação, conforme as regiões onde o mal existe.

Na India, as estatisticas demonstram, serem os membros superiores, os pontos mais frequentemente atacados.

Em Alepo, os naturaes a teem na face, ao passo que entre os extrangeiros, ella se manifesta especialmente na face dorsal dos membros. Isto, ao nosso modo de vêr, é pouco rasoavel, porquanto, estas localisações dependem do ponto de inoculação e este, pode ser feito em qualquer parte do corpo.

A affecção não se manifesta na plantas dos pés, na palma das mãos, e nem no couro cabelludo. Ha uma citação de Desiré, aliás muito contestavel que em si proprio, observou a affecção no couro cabelludo.

Quasi sempre, quando se observa a ulcera leishmanica no tronco, ou em qualquer parte do corpo protegida pelas vestes, é secundaria á existencia de outras em partes expostas.

Transmissibilidade—Muitas teem sido as theorias propostas para explicar o modo de transmissão da leishmaniose ulcerosa. Embora, seja hoje universalmente conhecido o seu parasita responsavel, todavia, ignora-se por que meio é elle transmittido ao homem, bem que algumas probabilidades existam de explicações.

Citemos essas theorias, algumas das quaes, inteiramente improducentes.

a—A agua tem sido incriminada desde longos annos, como transmissôra da affecção que estudamos, seja pela ingestão, seja pelas abluções ou pelos banhos.

Em Bagdad crê-se que a leishmaniose ulcerosa é devida ao uso constante das aguas do rio Tigre e Euphrates.

Em Alepo, responsabilisa-se, as aguas da ribeira de Koiq. Em alguns outros logares a agua tem sido apontada como causa unica da affecção leishmanica.

Esta theoria é passivel das seguintes objecções.

I. As pessôas que não bebem aguas de taes rios e que fazem uso de aguas fervidas, aguas mineraes, como succede à muitos Europeus, que habitam zonas infectadas, não acham-se livres da affecção leishmanica e *viceversa.*—Ha Europeus que demoram mezes e annos em Alepo, bebem de todas as aguas, sem distincção e não teem a leishmaniose ulcerosa.

II—Um mesmo rio banhando differentes cidades, a affecção reina em umas e não existe em outras.
Como explicar este facto?

III—Tem-se dito que as aguas produzem a affecção, por sua riqueza em materias organicas. Não é possivel, que, todos os rios que passam por cidades infectadas diversas, tenham a mesma composição e entretanto o mal se observa entre ellas, do mesmo modo.

Guiart diz que a affecção leishmanica é mais commum entre os individuos que estão em contacto com a agua e cita como exemplo, os pescadores.

Este facto não foi notado por nenhum outro e está

em desaccordo com o que se tem observado, aqui, e em outras partes.

Demais, ainda não foi visto o *leishmania tropica* nas aguas. Modernamente esta theoria é muito duvidosa.

b—Entre os habitantes de Bagdad e dos Zimbans, existe uma theoria pela qual, julga-se, que a affecção produz-se, devido á contaminação de feridas expostas ás poeiras das estradas. Com os conhecimentos actuaes, esta maneira de considerar, é absurda.

c—Em algumas localidades, Bagdad inclusive, tem-se tentado explicar a transmissibilidade da affecção, pelo uso das tamaras ou pela picada produzida por espinhos de tamareiras. Más, se considerarmos que a affecção se produz em pessoas que não comem tamara, como soe acontecer com crianças de poucos mezes, e nas quaes o mal se observa, crianças que não se ferem tambem com espinhos de tamareiras, vemos que esta theoria não tem o menor vislumbre de verdade. Alem d'isso, a affecção reina em logares onde não existe tamara, e como exemplo lembramos o nosso paiz.

d—Ha quem pense que à leishmaniose ulcerosa não é extranha a syphilis, o que não é verdadeiro, conhecido como é hoje a parasita responsavel e attendendo-se ao insuccesso dos mercuriaes na affecção que estudamos, conforme provou o Dr. Pacheco Mendes.

e—Tem-se dito que a leishmaniose ulcerosa não é mais do que uma depuração do organismo pela pelle, devido ao excesso de calor.

f—As relações entre o môrmo e a affecção leishmanica são inadmissiveis, desde quando nunca foi achado o Bacillus mallei nas ulcerações do mal que estudamos. Um illustre clinico d'esta capital diz haver certa

relação entre os 2 males. O Dr. Adeodato de Souza não crê n'esta hypothese.

g—Invoca-se a influencia das estações na producção da leishmaniose ulcerosa. E' assim que na India dizem ser a affecção mais frequente no periodo das chuvas. Em Alepo ella parece recrudescer no outomno e em outros logares por occasião de forte calor. Alguns autores negam qualquer contribuição das estações na producção da affecção.

E' bem de vêr que condições exteriores mal definidas, possam ter certa influencia sobre o desenvolvimento da affecção, porque ha occasião em que se nota maior numero de doentes, que em outras. Entre nòs, è como diz o Dr. Adeodato, os casos diminuem no mez de Junho.

Isto talvez esteja ligado a uma maior ou menor affluencia de insectos.

h— Para Dickinson, a affecção é o resultado de uma infecção palustre.

i—Tudo faz suspeitar que a leishmaniose ulcerosa seja transmittida por inoculações. Em uma palavra, olha-se actualmente, os insectos como os suppostos vectores da affecção. E' a opinião que se vê exarada nos recentes tratados de Pathologia Tropical. A'seu favor, falam os seguintes dados:

I—A affecção localisa-se habitalmente nas partes do corpo desprotegidas pelas vestes, expostas por conseguinte as picadas dos insectos.

II. Muitos doentes queixam-se de que foram picados no local onde desenvolveu-se a ulcera leishmanica, por insectos, que alguns teem conseguido capturar é outros não teem podido reconhecer.

III—A predilecção da affecção pelos arredores da cidade, onde exactamente abundam os insectos.

Muitas pesquizas teem abundam os insectose sabe dizer precisamente qual seja este insecto. O parasita será vehiculado por uma só variedade de insecto como pensa Corrado, ou por muitas especies? Não se pode responder com precisão á este quesito.

Laveran pensa que as môscas domesticas são os agentes habituaes da transmissão da leishmaniose ulcerosa.

Como parecem agir as môscas n'esta transmissão? Haverá desenvolvimento do parasita ou ellas agem mecanicamente? Laveran diz que uma solução de continuidade da pelle faz-se necessaria e que n'esta porta de entrada, as moscas depõem o parasita.

E' certo que, nos paizes onde a leishmaniose ulcerosa é endemica, as feridas de qualquer natureza e as excoriações do tegumento, por minimas que ellas sejam, teem propensão a transformar-se em ulceras leishmanicas.

Parece assim, que as môscas, agem como simples portadora do parasita às feridas expostas.

O Dr. Wenyon, em Bagdad, nutriu môscas domesticas com serosidade de ulceras typicas, e examinou-as varias vezes, não tendo notado desenvolvimento algum do parasita no intestino.

Dr. Cardamatis, na Grecia, repetiu as experiencias de Wenyon e verificou que os leishmanias vivem mais de 5 dias no intestino das môscas domesticas e ahi subsistem o mesmo desenvolvimento que no corpo do homem. Por suas dejecções sobre uma escoriação do

tegumento, estas môscas infectadas podem transmittir a affecção.

Patton, em Cambay, não notou desenvolvimento algum do parasita no intestino das môscas. Em Combay, os habitantes crêem que a affecção não se desenvolve nas partes escoriadas e ulceradas da pelle.

Na Persia. os habitantes accusam a picada da môsca, na transmissão de affecção d'onde o nome de *paschachurdj*, pelo qual é alli conhecida a leishmaniose ulcerosa.

Tem-se dito que o persevejo é agente transmissor do mal que estudamos.

A esse respeito, nós não nos furtamos ao desejo de notar o seguinte caso citado por Schneider.

Uma senhora européa que habitava as circumvisinhanças de Teheran foi uma noite accordada por uma picada na face, occasionada por um persevejo, que ella conseguiu capturar.

Decorrido algum tempo, no ponto correspondente á picada, desenvolveu-se uma ulcera typica. A casa em que residia a alludida senhora, era considerada no local como infectada de persevejos, tendo n'ella residido em anno anterior, 4 meninos atacados de leishmaniose ulcerosa.

O Dr. Wenyon, observou em Bagdad, o desenvolvimento da *leishmania tropica* no persevejo.

Patton, em Cambay, confirmou as experiencias de Wenyon e conhece que o persevejo deve ser incriminado na transmissão da affecção, como já havia dito em relação ao Kala-azar.

O Dr. Wenion ainda fez experiencias em carrapatos, pulgas, môscas picadôras diversas, sem encontrar o parasita.

Em Balk, crê-se que a affecção è devida á picada de um mosquito negro.

O illustre Dr. A. Lutz, capturou no logar denominado Matta Escura, desta capital, um diptero do genero *phlebotomo* (vulgarmente maruim). Bem perto, havia um doente atacado de leishmaniosa ulcerosa. Sergent assignalou a existencia do phlebotomo em Biskra e em toda a Algeria.

Pressat, incrimina o mesmo diptero, como transmissor da affecção no Nilo.

O Dr. Wenyon examinou varias especies de culex, sem resultado. Só no stegomya, elle encontrou o *leishmania tropica*, nas dissecções praticadas immediatamente depois da nutrição.

Entre nós tem sido notada a presença de mutucas, borrachudos e maruins nas zonas infectadas.

E' rasoavel pensar que, sendo a leishmaniose ulcerosa produzida por um protozoario, possa haver um hospedeiro intermediario.

Manson suggere a hypothese de que o *leishmania tropica*—tem por hospedeiro temporario—o camello—e que certas môscas, se infectando n'estes animaes, podem picar o homem e transmittir a affecção.

Em Delhi, os cães e os cavallos são portadores de ulceras identicas ás do homem. O cão tem sido apontado como hospedeiro do parasita, contribuindo para a transmissão da affecção.

O Dr. Yakimoff verificou que 1,77 dos cães tunisianos são infectados pelo leishmania.

Nicolle, em Tunis, foi o primeiro a observar a leishmaniose no cão. Samgiorgio notou a transmissibilidade de cão á cão por intermedio das pulgas.

Em Bagdad, dizem que os cães apresentam ulcerações leishmanicas ao redor do nariz. O Dr. Wenyon examinou-os, varias vezes, e nunca encontrou o leishmania tropica e conclue que se o cão serve de hospedeiro intermediario é n'uma percentagem diminuta.

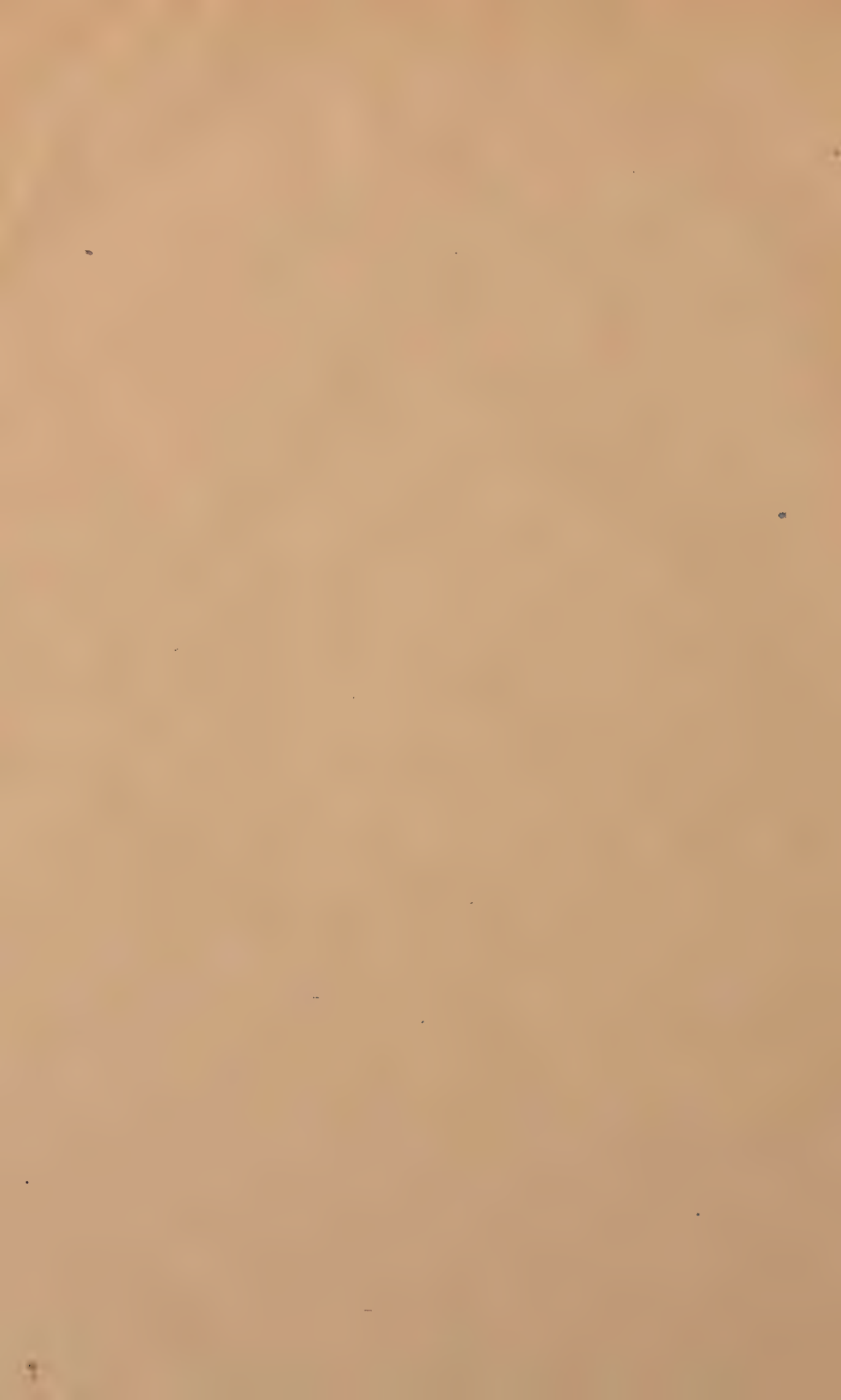
No dia 15 de Julho do corrente anno, em sessão da Sociedade de Cirurgia e medicina de S. Paulo, o Dr. A. Pedroso relatou que em sua excursão á zona noroeste do Estado, observou 2 casos de leishmaniose ulcerosa em cães. Um dos cães costumava lamber as ulceras leishmanicas que o dono tinha nas pernas e infectou-se directamente. A communicação foi seguida de photographias do animal. Eis o que existe, em relação do modo de transmissão da leishmaniose ulcerosa. Vejamos agora, o que se sabe do seu responsavel directo. Se a obscuridade reina no modo de transmissão do mal que estudamos, o mesmo não se dá com o seu productor, que é já universalmente conhecido pelo modo scientifico. E de data recente, a descoberta do leishmania tropica. Antes porem, foram descriptos muitos germens

Em 1884, Duclaux, em um doente proveniente da Algeria, cultivou varios coccus, achados no sangue da visinhança da ulcera e no sangue de circulação geral. Duclaux limitou-se a assignalar o facto más não responsabilisava os coccus achados, na producção de leismaniose ulcerosa. Heydereich, no mesmo anno constatou a existencia de coccus já visto por Duclaux, não só no sangue e no liquido das ulceras mas até na urina. Deperet e Boinet, em Gafsa, isolaram tambem um micrococcus, que inoculado ao homem determinava a apparição de ulceras.

Depois d'estes, Riehl em 1886, isolou micrococcus capsulado. Chantemesse, Finkelsten, Le Dante e outros descreveram tambem coccus. Poncet em 1887, viu bacillos misturados á micrococcus em um caso por elle observado.

Em em 1884, Cunnigham iniciou a era parasitaria da affecção. Elle descreveu, em um caso de ulcera de Delhi, parasitas endocellulares, cujas descripções são as mesmas do responsavel de hoje. Apezar da natureza parasitaria da affecção já ser suspeita n'aquella epocha, os estudos de Cunnigham cahiram no olvido. Em 1891, Firth em um doente de Delhi, confirmou a existencia do parasita descripto por Cunnigham propondo-lhe a denominação de Sporozoa furunculosa. Boronski em 1868, observou o mesmo parasita.

Chegamos emfim a 1903. N'este anno, o Dr. Wright, em Boston, descreveu em uma doente da Armenia, parasitas, cujos corpusculos eram semelhantes aos do kala-azar. Era ao que parece o mesmo parasita ds Cunnigham, Firth que elle chamou helcosoma tropicum.

Os estudos de Wright foram pesquizados por varios autores (Mesnil, Nicolle, Marzinowsky e outros) e todos confirmaram a veracidade de tal affirmação. Em 1904, Bogrow e Marzinowsky acharam em um doente da Persia, o parasita Wright e propuzeram a denominação de ovo-plasma oriental. Foram differentes pesquizadores observando a existencia do leishmania tropica em locaes diversos e hoje a sua responsabilidade não se põe mais em duvida.

Segunda Parte

SUMMARIO—Estudos do leishmania tropica, leishmaniose ulcerosa em S. Paulo e Bahia Leishmania nas mucosas, Anatomia pathologica e immunidade.

Estudos do leishmania tropica—O parasita responsavel pela leishmaniose ulcerosa é um protozoario da classe dos flagellados, da ordem binucleata e do genero leishmania. Elle tem as seguintes denominações —*sporozoa furunculosa, helcosoma tropicum, critidium Cunnigham, leishmania tropica, leishmania Wrightü, leishmania furunculosa, piroplasma Wightü, corpusculos Wright—Cunnigham.*

Conhecidos os caracteres do parasita, tratou-se de classifical-o. A principio foi o leishmania tropica collocado no genero babesiose ou piroplasmose por Laveran e Mesnil. Depois, Ross creou um novo genero dito —leishmania, em homenagem á Leishman e é esta classificação que se admitte actualmente. Hoje são conhecidas 3 variedades de leishmania—o l. tropica, responsavel pela affecção que estudamos, o l. Donavani productor do Kala-azar e o l. infantum causador da anemia splenica infantil.

Os leishmanias apresentam grandes affinidades para

os trypanosomas, d'onde se distinguem por não apresentarem membrana ondulante. Leishman julga que elles não são mais do que formas degeneradas de trypanosoma. E' possivel que estudos futuros façam desapparecer o genero—Leishmania—provisoriamente creado, ficando o parasita preso ao genero—trypanosoma.

O leishmania tropica merece ser examinado em esfregaços (frottis) e em estado de cultura. Em esfregaços —o parasita se apresenta sob a forma de corpusculos, ora arredondados, ora alongados em forma de pêra. Elle é de tamanho variavel apresentando em media de 2 á 4 micra de comprimento.

O leishmania tropica tem os seguintes caracteres quando corado—Um protoplasma vacuolar na maioria das vezes. No protoplasma se acham dois orgãos importantissimos, duas massas de chromatina que são:—O nucleo mater, macro nucleo, de forma oval relativamente volumoso, occupando quasi sempre um dos polos da cellula.

2º.—O micro nucleo, centrosoma, blepharoplasto, ou nucleo motor é parte muito notavel de parasita. O blepharoplasto tem a forma de um bastonete e a sua posição em relação ao macro nucleo pode ser perpendicular, pararella, ou obliqua. Ha uma particularidade que merece ser notada, que é a seguinte—O blepharoplasto sahe quasi sempre bem corado, ao passo que o macro nucleo nem sempre toma bem o corante.

Nota-se ás vezes em algumas raras cellulas de leishmania vestigio de um orgão do estado cultural—é o rhizoplasto. Este rhizoplasto ou raiz flagellar é um filamento que partindo do blepharoplasto ou centrosoma se impelle para um dos polos da cellula.

O Leishmania tropica apresenta analogias tão sensiveis com o leishmania Donovani, que torna-se praticamente impossivel uma distincção baseada em seus caracteres morphologicos.

Clinicamente porem, a distincção dos 2 leishmanias é manifesta. De um lado, o leishmania Donovani produz uma molestia generalizada, gravissima que é o Kala-azar ou dum dum, ao passo que a leishmania tropica é responsavel pela leishmaniose ulcerosa, affecção localisada e commummente benigna.

Ora, se os 2 parasitas fossem identicos, deviam ter egual poder pathogeno.

Elles divergem ainda, quanto á distribuição geographica. Assim é que, em Delhi, o Dr. J. Wright encontrou o leishmania tropica em varios casos de leishmaniose ulcerosa. Elle fez tambem, puncções do baço em 28 *doentes* de splenomegalia e não encontrou uma só vez o leishmania Donovani.

Ao contrario, em Assam, onde reina intensamente o Kala-azar, não foi encontrado ainda nenhum caso de leishmaniose ulcerosa. Entre nós, attendendo á certo numero de casos de splenomeogalia, sem causa bem elucidada, o Dr: Pirajá da Silva procurou pesquizar a existencia do Kala-azar. Em um doente elle praticou asepticamente a puncção do baço, e fez preparações com o sangue retirado.

A preparação não revelou a presença do leishmania Donovani como era de esperar, mas sim a existencia de hematozoarios de Laveran em bellas formas de florão ou crescente. Cumpre notar que havia sido feito o exame do sangue da pôlpa digital, sendo negativo em relação á esxistencia do hematozoario de Laveran.

As innoculações praticadas em cães com o Kala-azar não teem produzido a leishmaniose ulcerosa. Resta saber se os individuos que teem a leishmaniose ulcerosa ficam inmunisados contra o Kala-azar. Sendo assim, no lugares onde grassa o Kala-azar, ter a leishmaniose ulcerosa será uma necessidade. Estes estudos merecem occupar a attenção dos pesquizadores.

Manson emitte a hypothese de que talvez o leishmania tropica seja o mesmo de Donovani, attenuado pela passagem no corpo do camello ou de outro animal. Ao que parece, os parasitas são distinctos, embora semelhantes em seus caracteres morphologicos.

Os meios de coloração para revelar os leishmanias são os dos protozoarios em geral. Emprega-se os reactivos de Leishman, Giemsa, Romanowsky, vermelho neutro, violeta de genciana.

Os melhores reactivos parecem ser de Giemsa e o de Leishman. Nós damos preferencia á este ultimo.

A sua technica é das mais simples. Com um bisturi, stylete raspa-se um pouco do tecido da ulcera e faz-se esfregaços ou frottis. O esfregaço é tratado pelo reactivo de Leishman, depois addiciona-se parte egual de agua distillada e deixa-se completar 10 minutos lava-se, secca-se e leva-se ao microscopio.

Nem sempre é facil vêr-se o parasita e às vezes é preciso correr mais de uma lamina para em um campo, achar um parasita e pode até não se encontrar.

Isto é commun de vêr-se nas ulceras datando de muitos mezes; outro tanto se nota quando a ulcera está sob a influencia do tratamento. O Dr. Lindemberg tem examinado esfregaços de ulceras muito antigas,

sem achar ás vezes o parasita. Nós já examinamos casos typicos sem encontrarmos o leishmania tropica.

Muito encorre, para a raridade do parasita nas preparações de casos antigos, a concurrencia vital que lhe fazem bacterias diversas. Nós já temos examinado preparações contendo micrococcus em abundancia.

Por isso, é necessario fazer-se a antisepcia da ulcera, antes do exame, no caso em que os seus portadores deixam-na exposta.

O Dr. Alex. Pedroso, de S. Paulo, diz que se obtem maior numero de parasitas usando do seguinte meio— Toma-se um pedaço pequeno da ulcera e desmancha-se no sôro humano. Aspira-se por capillaridade a mistura em tubos de experiencia; sellam-se as extremidades e centrifuga-se. A parte inferior do centrifugado encerra globulos vermelhos raros parasitas livres e leucocytos. Na parte superior existem cellulas contendo grande numero de parasitas. O melhor meio de fazer esfregaços é retirar os prodoctos de raspagem do fundo da ulcera, porque é justamente ahi que existe o *leishmania tropica* em maior copia. Os productos de cortes da ulcera são os que melhores resultados fornecem.

Quando a affecção está ainda revestida de crôsta, mais facilmente encontra-se o parasita.

O leishmania tropica se acha contido de preferencia nas cellulas macrophagas que algumas vezes contem até mais de vinte. Não são somente os macrophagos que encerram o parasita; nas cellulas conjunctivas e nas cellulas endotheliaes dos vasos elle tambem existe.

A epiderma da peripheria da lesão não contem o parasita. Observa-se tambem e com alguma frequencia formas extra-cellulares do leishmania tropica.

Para Wasielewsky, os parasitas são sempre intracellulares e teem a forma achatada.

O sôro dos individuos atacados de leishmaniose ulcerosa não tem influencia alguma sobre a vitalidade do parasita.

Neuman diz ter achado o leishmania tropica no sangue peripherico, mas as suas experiencias não teem sido confirmadas. Nathan Larrier, Brussiere, Pirajá e outros nunca encontraram o parasita na circulação peripherica. Nicolle, Remlinger e Mesnil desvendaram a presença do leishmania tropica nos lencocytos polynucleares.

A multiplicação do parasita se faz por bipartição dos nucleos á principio, do protoplasma em seguida.

Deve ser archivado o seguinte dado—o parasita não se encontra nos globulos vermelhos.

Leishmania nas culturas—O leishmania tropica tem sido cultivada com successo. Rogers foi o primeiro a obter formas culturaes do parasita empregando o sangue frêsco, addcionado de uma solução de citrato de sodio, fracamente acida, afim de prevenir a coagulação.

O meio habitualmente usado hoje, é o de Novy—Neal—Nicolle, que consta do seguinte.

Gelose	14	grammas
Sal marinho	6	»
Agua	900	c. c.

Esta mistura é distribuida em tubos de cultura, e em seguida collocada para esterelizar. Depois da esterelização, cada tubo é addicionado de 1/3 de sangue de coelho, retirado do coração por puncção aseptica. Os tubos serão mantidos á temperatura de 37°. C durante 5 dias e depois conservados á temperatura ordinaria,

antes de ser usado. Neste meio, o leishmania tropica se desenvolve perfeitamente bem.

O parasita na forma cultural, differe ligeiramente do que se observa nos esfregaços. Ha um elemento que caracterisa o leishmania tropica nas culturas—é o flagello.

O flagello, que parte do blepharoplasto, ao qual é ligado por intermedio da raiz flagellar ou rhizoplasto, se dirige para deante.

Elle mede em geral 15 micra de comprimento, sendo assim duplamente maior que o corpo do parasita E' o flagello que assegura os movimentos do leishmania. Estes movimentos se fazem no sentido da lateralidade. Só existe um flagello para cada parasita. Nicolle, á principio, julgou que o leishmania tropica tivesse 2 flagellos, mais em exames posteriores, elle viu que não se dava tal. Ainda nas culturas, os 2 parasitas de Wright e de Donovani são identicos, apenas Nicolle observou que o flagello de leishmania tropica é maior, facto este insignificante para servir de caracter differencial. Não se observa membrana ondulante, como é dado ver-se nos trypanosomas.

Para praticar-se a semeadura, aspira-se algumas gottas de serosidade da ulcera, com uma seringa perfeitamente esterelisada e semea-se no meio Novy-Neal-Nicolle de que ja falamos. Convem notar, que as melhores culturas são obtidas com serosidade recolhida de ulceras ainda revestida pela crôsta, porque n'este caso não ha associação de germens diversos e as culturas, serão então completamente puras.

Depois do terceiro dia já se nota a formação do flagello.

O Dr. Pirajá da Silva conseguiu cultivar o leishma-

nia tropica em novembro de 1910, no meio Novy-Neal-Nicolle e os primeiros flagellados foram observados 5 dias após a semeadura.

Quando as culturas tornam-se antigas, apparecem formas degeneradas do parasita.

Se não fizermos a repicagem, os leishmanias morrem no fim de alguns dias.

A nutrição dos parasitas se faz por osmóse, à custa da hemoglobina, segundo Novy e Mac Near.

Os leishmanias se mutiplicam por divisão longitudinal, obedecendo a seguinte ordem:

I°—divisão precoce dos flagellos

II—divisão das 2 massas de chromatina

III— finalmente a scisão de 2 leishmanias.

A luz não exerce influencia sobre o desenvolvimento das culturas.

Os antisepticos teem acção nociva.

A temperatura preferivel é á de 22°.

Leishmaniose em S. Paulo.

Durante o anno de 1908, os clinicos da cidade de Baurú foram constantemente procurados por numerosos doentes apresentando ulcerações de marcha torpida, e resistentes ao tratamento. A pouco e pouco estas ulceras tomaram o caracter epidemico reinando intensamente entre os operarios da E. de ferro Noroeste do Brazil. Isto preoccupou a classe medica do Estado que desde logo procurou indagar a verdadeira causa das ditas ulceras. Numerosos doentes procuraram os hospitaes da capital e ahi mais facil tornava-se a indagação. O Instituto Osvaldo Cruz enviou uma commissão á Baurù afim de resolver o problema da etiologia das ulceras em questão. Em fim de Março de 1909, o Dr. A. Lindemberg,

do hospital de Santa Casa de S. Paulo e os Dr. Carini e U. Paranhos do Instituto Pasteur de S. Paulo. fizeram ao mesmo tempo, saber á Sociedade de Medicina e Cirurgia que haviam descoberto nos esfregaços das ulceras, um protozoario inteiramente identico ao leishmania tropica.

As culturas do parasita, obtidas pelos Drs. A. Lindemberg, Carini e Paranhos, vieram corroborar o que annunciara o exame dos esfregaços. Os referidos doutores fizeram communicações de suas pesquizas a Soc. de Pathologia Exotica de Paris, de onde receberam plena confirmação.

Estudos posteriores foram feitos por diversos, sempre á favor da leishmaniose ulcerosa.

Foi o E. de S. Paulo, o 1°. foco brazileiro de leihsmaniose ulcerosa, diagnosticado pelo exame microscopico.

No E. do Rio, foi visto o leishmania tropica em Setembro de 1909, n'um caso de Baurù.

L. na Bahia—A leishmaniose ulcerosa é desde muito tempo conhecida clinicamente na Bahia. O Dr. A. Cerqueira desde 1889, jà observava a sua existencia. O Dr. Juliano Moreira foi o primeiro a publicar observações e discutil-as na Soc. de Medicina e Cirurgia da Bahia, fazendo identificar a affecção em questão, como o botão do Oriente.

Estava assim conhecida em seus caracteres clinicos, faltava porem o veredictum do microscopio, n'aquella epocha impossivel porque não se conhecia o parasita responsavel.

Pelo que se sabe, a Bahia foi o primeiro foco brazileiro atacado. Continuou a affecção a ser diagnostica-

da pelo exame macroscopico ainda por muito tempo. A identificação pelo exame microscopico é de data recente. Foi o Dr. Pirajá da Silva, professor de Parasitologia, quem primeiro observou a existencja do leishmania tropica entre nós. Em Agosto de 1910, elle começou a pesquizar se existia o leishmania tropica nas ulceras até então entre nós capituladas clinicamente de—botão do Oriente.

A 3 de Agosto, o Dr. Pirajá fez esfregaços de uma das ulceras que apresentava um doente internado na enfermaria de clinica cirurgica (2 cadeira) e teve occasião de verificar na preparação, formas typicas de Leishmania. O exame microscopico vinha confirmar o que se dizia clinicamente.

Esta preparação foi mostrada aos alumnos dos 4°, 5°, 6°. annos de então.

Não se limitando á este caso. O Dr. Pirajà examinou varios outros casos, conseguindo obter plena confirmação do que observara. Elle conseguiu cultivar o parasita em Novembro de 910 e em meidados de 911 fez communicação de suas pesquizas á Soc. de medicina da Bahia.

Estudos diversos foram por elle ainda feitos e publicados em um fasciculo dos Archivos de Parasitologia de R. Blanchard, em Julho de 1912.

Hoje não pode haver duvida sobre a existencia da leishmaniose ulcerosa na Bahia. Os modernos tratados de Patholagia Tropical incluem S. Paulo e Bahia no dominio geographico da leishmaniose ulcerosa.

Leishmania nas mucosas—Os estudos referentes a localisação do leishmania nas mucosas são muito inte-

resantes e vieram aclarar um ponto importante da pathologia tropical.

O Dr. A. Splendore, clinico em S. Paulo, foi o primeiro a pesquizar o leishmania nas mucosas. Elle conseguiu reunir alguns casos que foram apresentados á um Congresso Internacional de Medicina reunido este anno em Roma.

Desde algum tempo se suspeitava que o leishmania podesse se localisar nas mucosas, pelo facto de muitos doentes que tinham a leishmaniose cutanea, apresentarem lesões nas mucosas.

Desde o começo de 1910. o Dr. A, Cerqueira se esternava em aula, sobre a posibilidade d'esta localisação.

Laveran ha muitos annos, relatou ter observado em Biskra, um caso em que a affecção se localisou na glande e sulco balano-prepucial.

As mucosas de preferencia atacadas, são: a buccal pharyngiana e a nasal.

Nós tivemos occasião de verificar um doente na clinica do Dr. Paeheco Mendes que depois de manifestar uma ulcera leishmanica na região mallar direita, com exame microscopico positivo, teve uma lesão da conjunctiva direita, sob a forma de granulações

Tivemos ensejo de observar um caso de localisação na mucosa buccal, em um doente da Matta Escura, que tambem apresentava ulceras cutaneas

Ultimamente vimos um caso com localisoção na epiglotte, diagnostico feito pelo Dr. Eduardo Moraes.

Este doente apresentava ulcerações cutaneas, sendo em uma ulcera da região mentoniana encontrado o parasita.

Escomel, no Perú, descreveu sob o nome de *espundia*

uma molestia perfeitamente identica á leishmaniose, ulcerosa. Laveran e N. Larrier examinaram esfregaços de cortes da mucosa palatina de um doente do Perú e acharam formas typicas de leishmanias.

Splendore diz que, a *buba brazileira*, descripta por Breda não é mais do que localisação de leishmania, nas mucosas. Estes estudos merecem ser continuados.

Anatomia pathologica—As lesões histologicas da leishmaniose ulcerosa, são pouco caracteristicas.

No ponto correspondente á lesão a epiderme se mostra espessada em algumas partes e adelgaçada em outras. Nota-se um ligeiro edema intersticial entre as 2 camadas de epiderme. Ha uma infiltração do derma por pequenas cellulas redondas.

N'estas cellulas redondas existe o leishmania tropica em abundancia.

A crôsta é formada por algumas camadas epidermicas espessadas.

Em phase mais adeantada, no centro, ha necrose de coagulação, mas para fora um tecido de reacção formado de cellulas conjunctivas e finalmente vem uma outra zona ainda mais peripherica, onde existe uma infiltração cellular manifesta composta de leucocytos polynucleares, eosinophilos e especialmente mononucleares.

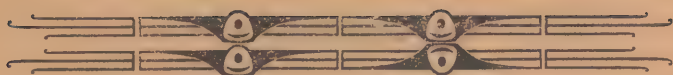
O termo final é a desapparição da epiderme na parte relativa á lesão.

Em fins de Dezembro de 1910, os D.rs Ulysses Paranhos e E. Marques estudaram cuidadosamente as lesões histo-pathologicas da ulcera de Baurú e o resultado foi uma contribuição para sua identidade com a leishmaniose ulcerosa.

Immunidade—Um primeiro ataque da leishmaniose ulcerosa confere em geral, uma immunidade pelo menos, temporaria. Cita-se porem casos de recidivas e coisa notavel a que referem certos autores-um individuo tem a leishmaniose ulcerosa em uma localidade, Alepo por exemplo, muda-se para outro logar infectado e ahi tem novamente a affecção leishmanica.

Villemin inoculou com successo um Alepino que já tivera a affecção.

Os judeus de Bagdad, baseados na opinião de que, quem tem a leishmaniose ulcerosa uma vez, não a tem segunda costumavam inocular seus filhos em parte do corpo não exposta.

O sôro dos individuos atacados pela affecção reage como o sôro normal.

Terceira Parte

SUMMARIO—Symptomatologia, Incubação, duração, diagnostico, prognostico, prophylaxia, e tratamento da leishmaniose ulcerosa.

Symptomatologia—Não é de enscenação apparatosa a maneira pela qual se apresenta clinicamente a leishmaniose ulcerosa. Ella faz a sua apparição ordinariamente sem prodromos. E' uma affecção apyretica na observação da maioria dos autores.

Patrick Manson diz que de um modo geral isto é verdade, mas, desde que a leishmaniose ulcerosa é uma affecção de incubação ás vezes duradoura, uma febre de intensidade variavel pode se declarar.

Elle cita o caso de uma doente, na qual, a leishmaniose ulcerosa foi precedida de febre forte durante o praso de oito mezes. No caso de Marzinowsky, a affecção foi prenunciada por febre durante 2 semanas. Nós não conhecemos caso algum em que o doente accusasse febre. Quasi todos os autores estão accordes em considerar a leishmaniose ulcerosa como uma affecção puramente local. Ha quem pense que ella é uma molestia geral e que a ulcera é apenas uma manifestação local. Ella tem sido olhada até como sendo a 1.ª phase po Kala-azar.

A melhor objecção que se pode fazer a este modo de pensar, é a seguinte: a leishmaniose ulcerosa não apresenta symptomas que indiquem um estado geral compromettido.

Para acompanharmos a evolução clinica da leishmaniose ulcerosa faz-se mistér dividil-a em tres periodos distinctos, que são—a—inicial, de formação, de endurecimento ou do botão—b—de estado, de ulcera, de amollecimento—c—de cicatrização, de reparação, final.

Ha autores que admittem ainda um 4.º periodo de descamação intermediario ao 1.º e ao 2.º.

a—Periodo do botão.—A leishmaniose ulcerosa inicia-se sorrateiramente por uma pequena macula inteiramente comparavel a uma picada de mosquito. Esta macula que é acompanhada e às vezes precedida de forte prurido, eleva-se, accumina-se, tomando o caracter papuloso.

A papula procura se estender, attingindo até o tamanho de uma ervilha ou de um acne (espinha).

Decorridos alguns dias a papula se cobre de pequenas escamas, que se succedem facilmente. Estas escamas delgadas, sêccas e brancas, tornam-se mais consistentes depois.

Com a continuação, cessa a formação de escamas e ao mesmo tempo, se forma uma vesicula que dá logar á transudação de um liquido serôso, o qual vae se tornando mais espêsso, concreta-se e dá então nascimento á uma *casca* ou *crôsta*. Esta crôsta delgada á principio, vae se tornando progressivamente consistente e um tanto humida. Sua coloração é amarella-suja, e ás vezes avermelhada.

A espessura pode ser bastante consideravel e attingir até 1 centimetro. Quando está perfeitamente cons.

tituida, a crôsta assemelha-se á uma casca de ôstra Ella cae, reproduzindo-se até 6 e mais vezes.

N'este periodo, o symptoma —dôr — não existe, ou quando se faz notar é insignificante. Em Bagdad, a affecção n'este periodo é chamada—botão macho.

A crosta final destaca-se seja pelo prurido, seja por si mesma, seja com um fim medicamentoso, que digamos de passagem não é muito conveniente fazel-o, e deixa a descoberto uma ulcera que tem alguma cousa de particular em seus caracteres.

E' o segundo periodo que se inicia. b—*Periodo da ulcera*—A ulcera *leishmanica* apresenta um fundo irregular, cheio de depressões e saliencias, brilhante e secreta um liquido seroso, sero purulento as vezes.

As bordas da ulcera são irregulares, denteadas, talhadas a pique e excedem bastante o nivel da pelle, da qual, ellas comprehendem toda espessura.

Um symptoma de grande valor que se observa, é o infartamento dos ganglios lymphaticos proximos á lesão que se apresentam sob a forma de cordões duros. O prof. Al. Cerqueira ha muito, que chama attenção para este symptoma. Os Drs. Jeanselme e Rist tambem fazem mostrar o valor d'este signal clinico.

Uma ulcera pode attingir ás vezes dimensões consideraveis por sua fusão com ulceras secundarias.

Esta periodo tem a duração de 4 mezes e é dito em Bagdad—botão femea.

c—Periodo de reparação—O terceiro periodo é o da cicatrizacão da ulcera.

Esta vae sensivelmente diminuindo.

As bordas baixam notadamente, voltando ao nivel da pelle. A vermelhidão que se notava ao redor da ulce-

ra, desapparece. O fundo da ulcera toma um aspecto limpo, vermelho intenso e começa a proeminar pela formação de botões carnosos que se fazem lentamente é iniciam-se quasi sempre pelo centro

E' sempre preferivel que o processo de cicatrização comece pelo centro da ulcera.

Depois de curta evolução, o fundo da ulcera torna-se sêcco e resta enfim a cicatriz que é indelevel e em Bagdad é conhecida pela denominação de—*signal de tamara.*

Esta cicatriz é deprimida, lisa, desprovida de pêllos, á principio de coloração vermelha, torna-se depois rosea e conserva a forma da ulcera.

As ulceras leishmanicas não teem em geral mau cheiro, salvo quando o paciente não tem os devidos cuidados hygenicos.

As vezes a affeção se manifesta por nodulos subcútaneos.

A conformação das ulceras é variavel, ora é perfeitamente redonda, ora ovalar.

As vezes ellas são muito escavadas outras vezes, salientes, passando até o nivel da pelle.

Existem formas clinicas diversas conforme o grau da adiantamento da lesão.

E' assim que, descrevem-se formas: abortivas, escamosas, crôstosas, ulcerosas graves, villosas, papillomatosas, confluentes, que os proprios enunciados definem.

As formas mucosas teem symptomatologia mais apparatosa. Os casos localisados na mucosa buccal se acompanham de uma insalivação constante.

Incubação—O tempo intermediario ao momento da inoculação e á apresentação do primeira signal clini-

co, é variavel A maioria dos autores admitte que este periodo é de 10 á 20 dias, o que nos parece rasoavel.

Factos de incubação grandemente longa teem citado alguns autores. Este periodo de incubação tem sido avaliado de semanas á mezes e mesmo á annos.

Manson observou um caso, no qual, a incubação durou 5 mezes e n'este caso houve symptomas constitucionaes.

O Dr. Wenyon, em Bagdad, soube de um Europeu que tivera 2 manchas vermelhas nos pés, quinze dias depois de chegar á esta cidade oriental. Exames por elle feitos, denuciavam grande numero da leishmanias.

Autores citam casos de Europeus que tiveram a leishmaniose ulcerosa, dez, vinte e até 35 annos depois de terem abandonado paizes infectados.

Verdade é que, estes casos foram citados em uma epocha em que não se conhecia o leishmania tropica e por isso, são contestaveis. Ora, casos de incubação tão duradora teem sido postos em duvida e de facto, custa a crer que o parasita leve tanto tempo incubado.

As inoculações experimentaes nos dizem que o periodo de incubação da affecção leishmanica é de 10 á 30 dias.

No caso de Marzinowshy a incubação durou 15 dias.

Uma resistencia natural do organismo gosa de certa influencia na incubação do parasita.

Duração.—A leishmaniose ulcerosa tem de ordinario a duração de um anno, d'onde o nome de Salek (mal de um anno) que lhe dão os Arabes.

A affecção entretanto pode abortar, tendo uma duração pequena, como pode exceder á um anno. Ville-

min relata 2 casos nos quaes a affecção durou em um, 4 annos e em outro 5.

Diagnostico.—Em geral, não apresenta grandes difficuldades o diagnostico da leishmaniose ulcerosa. Mas, ao lado de casos facilmente diagnosticaveis, encontra-se alguns que tornam difficultosa senão impossivel a distincção pela simples revelação de signaes clinicos. Em um paiz onde a affecção não exista, os primeiros casos são realmente difficeis de diagnostico.

Desde porem que alguns d'elles sejam confirmados, cessa em parte a difficuldade porque os clinicos já estão prevenidos de sua existencia.

Os seguintes dados contribuem para facilitar o diagnostico da leishmaniose ulcerosa.

1—Em todo o paiz onde a affecção reina, existem areas de preferencia atacadas. Quando um doente procura se consultar apresentando ulceras de natureza torpida e residindo em regiões onde existe a affecção leishmanica, pode já prevenir o espirito clinico para a possibilidade de tratar-se da leishmaniose ulcerosa. Assim, entre nós um doente de ulcera, proveniente de Brotas, Matta Escura, S. Lazaro, Lucaia, etc, é sempre suspeito.

2—A séde da ulcera em parte desprotegida pelas vestes, é mais um elemento para o diagnostico.

3—Os commemorativos do doente são de grande valor, podendo nos elucidar como teve inicio a affecção, de quanto tempo data, as modificações porque tem passado.

4—O engurgitamento dos ganglios lymphaticos proximos á lesão.

5—Finalmente, a pesquiza do leishmania tropica nos esfregaços é o signal decisivo, o criterio absoluto.

Vejamos agora, com que molestias se pode confundir a leishmaniose ulcerosa. Villemin diz que, esta affecção pode tirar os traços de todas as molestias cutaneas.

Em seu inicio, a affecção leishmanica se pode confundir com um furunculo, más esta confusão não é duradoura porque na leishmaniose a evolução é mais lenta e ha ausencia de dor. Alem d'isto, os doentes não procuram se consultar n'esta phase da affecção.

Com a bouba, pode a leishmaniose ulcerosa se confundir em sua forma villosa. Os caracteres differenciaes são os seguintes. 1—a bouba é precedida de perturbações para o estado geral, ao passo que a leishmaniose ulcerosa é uma affecção puramente local. 2—Os elementos ulcerosos da bouba são em grande numero os da leishmaniose ulcerosa são habitualmente em pequeno numero. 3—Os elementos ulcerosos da leishmaniose ulcerosa se localizam ordinariamente nas partes do corpo desprotegidas pelas vestes os da bouba em toda parte.

4—Os elementos ulcerosos da bouba apparecem simultaneamente, os da leishmaniose ulcerosa veem successivamente uns após outros.

5—Quando as duas affecções existem simultaneamente em um mesmo logar, se torna difficil a distincção pelos caracteres clinicos. O exame microscopico tirará as duvidas, revelando a existencia do *treponema pertenue* no caso de bouba e do leishmania tropica se si tratar da leishmaniose ulcerosa.

—Com o impetigo—pode se confundir a leishmaniose ulcerosa. Differenciam-se pelo seguinte—no impetigo a crôsta é menos adherente e sendo retirada deixa

uma escoriação e não uma ulceração como na leishmaniose ulcerosa.

—Com o *lupus vulgar*—A evolução na leishmaniose ulcerosa é mais lenta e a crôsta é mais adherente que no lupus e as ulceras mais salientes.

—Com a *sporotrichose*—a confusão é possivel. Mas, na sporotrichose, affecção começa por um nodulo e a cura pelo iodeto de potassio é obtida rapidamente.

—Com a *blastomycose*—pode-se confundir a leishmaniose ulcerosa. Mas, na blastomycose, a affecção inicia-se pela mucosa buccal e as lesões cutaneas são raras, ao passo que na leishmaniose ulcerosa as lesões mucosas são sempre precedidas de lesões cutaneas, as quaes são mais frequentes.

—Com as *syphilides pustulosas*. N'este caso, os commemorativos do doente e melhor ainda—a reacção de Wasserman excluirá ou não a existencia da syphilis.

—Com as ulceras de natureza *tuberculosa*, a distincção se estabelece pelo estado geral do doente e pelos antecedentes.

Em caso de duvida, o exame microscopico elucidará a questão.

Com outras molestias a confusão é menos possivel.

Prognostico—A leishmaniose ulcerosa é uma affecção de prognostico habitualmente benigno, más apresenta um aspecto repugnante e é grandemente incommoda ao paciente. O prognostico *quad—vitam* é muito favoravel, sendo rarissima a observação de um caso fatal. Quando a affecção attinge invididuos debilitados por molestias anteriores ou de constituição má, o prognostico se torna duvidoso.

A leishmaniose ulcerosa é na maioria das vezes, uma affecção deformante, pois a cicatriz indelevel que

é a sua consequencia, disfigura os traços quando a lesão tem evoluido na face, o que aliás é muito commum de ver-se.

Assediando-se na visinhança de articulações, a cicatriz pode dar logar á difficuldades de movimento.

Ella pode tambem ser disforme ou viciosa e occasionar um ectropion das palpebras, destruição das azas do nariz, deformação dos labios, destruição da uvula, veio do paladar, etc.

Se a leishmaniose ulcerosa evolue em terreno tuberculoso, syphilitico, torna-se mais serio o prognostico pela demora da cicatrização.

Tem-se observado o desapparecimento da affecção, quando em sua evolução apparecem intercurrentemente a febre typhica, a influenza.

Quando o doente não tem os cuidados hygienicos precisos, é commum sobrevirem complicações, que influem na marcha da affecção, retardando-a.

A ulcera ficando exposta ao ar pode abrigar germens de suppuração.

A affecção pode se complicar de lymphangite, phlebite, de abcessos, de phagedenismo.

Manson observou um caso curioso no qual a affecção foi complicada de orchite em um doente proveniente da Arabia.

Nós não observamos complicações, além da concurrencia de germens da suppuração.

O Dr. J. Moreira viu casos complicados de erysipela.

E' bem de ver-se, que o prognostico é muito mais severo quando a affecção attinge as mucosas, não somente porque a cura é difficilima, senão impossivel,

como tambem pelas perturbações de funccionamento, que d'ahi resulta.

Prophylaxia—Embora no estado actual, não se possa dar uma regra absoluta de prophylaxia para a leishmaniose ulcerosa pelo facto de não se conhecer bem o seu transmissor, todavia, a clinica nos ensina os meios que devemos aconselhar áquelles que habitam zonas infectadas.

Tôdas as escoriações do tegumento, por minimas que ellas sejam, devem ser cuidadosamente desinfectadas e postas ao abrigo dos insectos ou de qualquer causa exterior por meio de esparadrapo, etc, pois são muito conhecidas as transformações de escoriações em ulceras leishmanicas.

E' bem indicado usar-se de aguas fervidas, apezar de sua pouca probabilidade na transmissão do mal leishmanico.

Brussiere diz que a tinctura de iodo gosa de propriedades prophylaticas notaveis. Diz elle que, em Bouchir, os Europeus confiados a seus cuidados não tiveram a leishmaniose ulcerosa pelo uso de tinctura de iodo nas escoriações.

O D.r Massip aconselhava o uso de banhos sulfurosos, fricções aromaticas etc.

As pessôas que vão á logares infectados não se devem demorar.

O D.r F. Terra, em uma sessão da Soc. Brazileira de Dermatologia fez ver a necessidade de se tomar medidas energicas.

Disse elle «se não forem tomadas medidas rigorosas, dentro em pouco o Brazil ver-se-ha á braços com uma doença terrivel, peior do que a lepra.» Os doentes de-

vem ser isolados. Elle lembrou que o governo deve obrigar as companhias de E. de ferro, á construir alojamentos para seus operarios, afim de que estes não durmam ao relento e não se exponham ás picadas de insectos.

Tratamento—Uma das objecções que se fazia contra a theoria parasitaria da leishmaniose ulcerosa, quando não se conhecia o leishmania tropica, era a resistencia da affecção aos medicamentos. E' verdade que a affecção é tenaz ao tratamento, más, alguns autores teem citado casos de cura em periodo de tempo, não muito longo.

Muitos recommendam a expectação como unico meio rasoavel.

Em alguns paizes, os habitantes não se tratam, baseados na superstição de que, se si procurar reter a marcha da affecção, graves molestias podem surgir.

Em alguns logares, os habitantes manteem a ulcera em estado constante de hygiene, lavando-a com agua de sabão e cobrindo-a com folhas de plantas diversas.

Volney diz, o melhor remedio é nada applicar.

O tratamento visando o estado geral do doente, é sem importancia. Todavia, se deve administrar os tonicos aos debilitados.

Varios meios de cura teem sido propostos.

I—*a excisão* da ulcera applicavel quando a ulcera não attinge grandes dimensões. A operação é seguida da reunião *per primum*, da ferida operatoria. A excisão deve acompanhar 1 centimetro de pelle sã, afim de evitar recidivas.

A cauterisação é um meio que dá resultado no caso

de ser feita em toda a extensão da ulcera. Nós vimos empregar em 2 casos, com successso.

A radiotherapia—tem sido ensaiada sem grandes resultados.

Segue-se o grande numero de substancias que se tem usado com sucessos variaveis. Digamos que a leishmaniose ulcerosa é affecção muito caprichosa em frente aos antisepticos, pois um caso que se curou com tal solução antiseptica, a mesma solução mostra-se inefficaz em outros casos.

A congelação pelo ether—é aconselhada por Schuling que diz ter empregado com sucesso em 300 casos.

O *azul de methyleno* em solução concentrada tem sido gabado por alguns.

A tinctura de iodo—é bem indicada, más é muito dolorosa a sua applicação.

O protargol—tem sido applicado por Castellano, com alguns resultados.

O permanganato de potassio em pó nos parece de bom effeito. Gonin declarou ter obtido 7 curas em 3 semanas. Nós temos usado do permanganato de potassio em alguns casos, com successo.

Na Clinica do prof. Magalhães, de tres doentes submettidos á tratamentos differentes, foi o permanganato que deu mas rapidamente a cura.

O arseno-benzol (606) tem sido ensaiado, por muitos, com alguns resultados. Nicolle e Manceaux obtiveram a cicatrisação de ulceras multiplas, 20 dias depois de applicarem uma injecção de «606» de 0,60.

Entre nós elle tem sido empregado com resultados as vezes magnificos.

O Dr. A. Cerqueira emprega o «606» em pó sobre

a ulcera. Nós testemunhamos casos rapidos de cura com este meio.

Em alguns casos, todas estas substancias teem falhado. Em S. Paulo tem dado resultado o Argyrol em pomada á 3°/o, seguida de lavagem com agua iodada.

Ultimamente, tem sido empregado com successo, no sul do paiz, as injecções endo-venosas de emetico, por iniciativa do D.r G. Vianna. O D.r F. Terra tem ensaiado o emprego simultaneo do emetico e do neo-salvarsan.

Se a resistencia é notada nas formas cutaneas, muito mais accentuada se torna nas formas mucosas. Quasi se pode dizer que as formas mucosas são incuraveis.

NOTA—O Dr. Carlos Chagas acaba de verificar que as ulceras do Amazonas são de natureza leishmanica.

OBSERVAÇÕES

1—A. C, natural da Bahia, branca, com 28 annos de edade, casada, residente na Baixa das Quintas. A 4 de Abril de 911, esta doente procurou se consultar com o Dr. Al. Cerqueira porque apresentava uma ulcera de forma circular na face dorsal da mão esquerda. A lesão iniciara-se a 4 mezes, por uma espinha que fôra precedida de forte prurido e sem dôr.

A ulcera apresentava um fundo granuloso e humido as bordas salientes e tinha cerca de 3 centimetros de diametro. O estado geral da doente era muito satisfactorio. Havia engurgitamento ganglionar. Pelos signaes clinicos, estava feito o diagnostico de leishmaniose ulcerosa, tanto mais quanto, onde residia a observanda, ja havia sido notada a affecção.

Para melhor investigação, nós e o interno A. Gonçalves fizemos esfregaços, retirando productos do fundo da ulcera.

Examinada ao microscopio uma das preparações, depois de corada pelo reactivo de Leishman, verificou-se que em um campo havia 3 leishmanias, estando em todos, o blepharoplasto bem corado.

Tal preparação foi vista pelos Drs. Alexandre Cerqueira, Anisio Circundes e João Fróes que confirmaram a existencia do parasita.

A formula leucocytaria nada revelou de anormal.

O tratamento escolhido foi o «606» em applicação topica, sendo a 1ª. applicação feita no mesmo dia do exame e d'ahi por deante, em dias alternados. Depois da 3ª. applicação, começou á se manifestar uma escara pela formação de botões carnosos, que faziam proeminar o fundo da ulcera. Com um mez de tratamento, deu-se a cicatrizacão.

2—A. V, natural da Bahia, com 7 annos de edade, residente em Brotas. Esta doentinha apresentava uma ulcera na região geniana esquerda, de pequenas dimensões, porem bastante escavada. O aspecto era typico das ulceras de natureza leishmanica. O estado geral da doentinha era excellente; os antecedentes, quer pessoaes, quer hereditarios muito favoraveis.

A ulcera se achava sempre exposta e com aspecto de suppuração, pelo que já previamos a difficuldade de se encontrar o parasita.

Com effeito, os esfregaços examinados ao microscocopio, apenas revelaram grande quantidade de coccus. Apezar disto, o diagnostico de leishmaniose ulcerosa foi mantido, pois os signaes clinicos eram evidentes e a doentinha residia em logar onde mais existia a leishmaniose ulcerosa, entre nós.

Foi usado, como tratamento, o «606» em applicação local. Foi este, o mais bello caso de cura que assistimos. Com a 2ª. applicação, já era notavel a reacção. Os botões carnosos se tornaram abundantemente e com 15 applicações estava completamente cicatrizada a ulcera. Nota-se hoje apenas a cicatriz, que por ser na face, alterou um pouco os traços.

3—V. S, com 80 annos, preto, solteiro, natural da Bahia, residente em Iguape (Cachoeira). Este doente

achava-se no Hospital ao serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes. Apresentava uma ulcera na região mallar direita e uma outra cicatrizada no antebraço direito. No logar onde residia o doente já havia sido observado um caso de leishmaniose ulcerosa, pelo Dr. Pirajá

A lesão apresentava todos os caracteres das ulceras leishmanicas. Foi retirado um pouco de tecido morbido, da parte profunda, e fez-se esfregaços. Depois de corada pelo reactivo de Leishman, verificou-se que em uma das preparações havia a existencia de 2 Leishmania, sendo um endocellular e outro livre.* O tratamento escolhido foi a cauterização, que foi feita em toda a extensão da ulcera.

Desde que chegou ao doente, se havia notada forte congestão da conjunctiva direita. Depois de alguns dias manifestou-se um processo irritativo, sob a forma de finas granulações, havendo forte hyperemia ao redor. Havia lacrimejamento constante e pensou-se logo em uma manifestação da leishmaniose. Não foi possivel encontrar parasita n'esta lesão da conjunctiva. Tempos depois o doente retirou-se do hospital, curado da lesão cutanea e continuando com a lesão da conjunctiva.

IV—M. S. S, preta com 4 annos, natural da Bahia, residente á rua Carlos Gomes.

Esta doentinha foi internada no hospital á 27-5-912, Indo occupar um dos leitos da enfermaria S.ta Isabel. Apresentava tres ulceras, sendo uma localizada na perna direita e duas no ante-braço esquerdo. Os antecedentes pessoaes e hereditarios da doentinha, não explicavam a existencia d'aquellas ulceras. O aspecto era typico de ulceras leishmanicas. Fizemos esfregaços com producto de raspagem de uma das ulceras

do ante braço, porque era a que apresentava-se menos adiantada.

O exame microscopico revelou a existencia do leishmania tropica, sendo confirmado pelo Dr. Pirajá. O estado geral da observanda era bom.

O tratamento empregado n'este caso, foi o permanganato de potassio em applicação topica. Bons resultados foram obtidos com esta substancia, pois, as ulceras em breve cicatrizaram e a doentinha poude deixar o hospital.

V—M. C. F, com 32 annos, casado, pardo, natural da Bahia, residente em Ponto de St'Anna, circumvisinhança de Tahitinga (Nazareth).

Este doente se achava internado no hospital occupando um dos leitos da enfermaria S. Pedro.

Apresentava uma grande ulcera circular ao nivel de V. deltoidiano esquerdo, uma outra pequena na região mentoniana e uma lesão ulcerosa na epiglotte.

A leishmaniose ulcerosa já havia sido verificada na zona de residencia do doente. A ulcera do V. deltoidiano datava de 10 mezes e já estava em via de cicatrização, tendo começado por uma espinha, acompanhada de prurido. A' cerca de 3 mezes manifestava-se a lesão situada na região mentoniana, que ainda não apresentava forma ulcerada. A lesão da epiglotte datava de 4 mezes. Fizemos esfregaços da lesão que se notava na região mentoniana por ser a mais recente.

Corada pelo Leishman, uma das preparações revelou a existencia do leishmania verificada por Dr. Pirajá. O doente se queixava de perturbações da deglu tição, occasionada, pela lesão que se notava na epi-

glotte. O Dr. E. Moraes, examinou a lesão da epiglotte, e retirou um pouco da mucosidade de que fizemos esfregaços sem nada encontrarmos. O doente insalivava continuadamente.

Parece que se tratava de um caso de localisação de leishmania nas mucosas.

Observamos ainda muitos outros casos, nos quaes os doentes apenas compareciam á consulta 2, 3 vezes.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL

I—Os protozoarios são seres unicellulares, que posmovimentos durante uma parte de sua existencia.

II—Elles se dividem em 4 classes—rhizopodos, sporozoarios, flagellados e infusorios.

III—O Leishmania tropica é um flagellado.

CHIMICA MEDICA

I—O ether sulphurico é um liquido incolor de odor suave caracteristico e de sabor ardente.

II—Elle se produz pela distillação do acido sulphurico com o alcool.

III—E' muito volatil e seus vapores são extremamente inflammaveis.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—Os pulmões são dois orgãos esponjosos contidos na cavidade thoraxica.

II—Elles apresentam volume diverso—o direito é um tanto maior que o esquerdo.

III—Os pulmões apresentam scissuras que os dividem em lóbos: o direito tem duas scissuras (3 lóbos), o esquerdo tem uma (2 lóbos).

PHYSIOLOGIA

I—O figado é uma glandula de funcções importantissimas.

II—Alem das funcções glycogenica e biligenica, elle gosa de poder antitoxico manifesto.

III—Os venenos e toxinas que por elle passam, levados pela corrente sanguinea, são destruidos.

HISTOLOGIA

I—A pelle se compõe de tres camadas—epiderma, derma e hypoderma.

II—A epiderma provem da folha extenado bastoderma.

III—A derma e a hypoderma originam-se do mesoderma.

BACTERIOLOGIA

I—Os meios de cultura podem ser solidos, liquidos ou mixtos.

II—Elles podem ser naturaes ou artificiaes.

III—O leishmania tropica se cultiva bem no meio Novy-Neal-Nicolle.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I—Incompatibilidade é o resultado da associação defeituosa entre 2 ou mais substancias.

II—Existe 4 especies de incompatibilidades—physica, chimica, pharmaceutica e physiologica.

III—A incompatibilidade chimica, de todas é a mais grave.

PATHOLOGIA MEDICA

I—O Kala-azar é uma molestia que se caracterisa clinicamente pela hypertrophia notavel do baço com accessos de febre.

II—Ella é produzida por um parasita—o leishmania Donovani.

III—E' uma molestia gravissima.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I—Hydrocele—é o derramamento de serosidade na vaginal testicular.

II—Ella pode ser simples, quando o derramen se faz

na vaginal fechada e congenita quando ha communicação da vaginal com o peritoneo (facto anormal).

III—O melhor tratamento é a inversão da vaginal.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICOS

I—As lesões histo pathologicas da leishmaniose cutanea consistem especialmente na atrophia e desapparecimento da epiderme.

II—Ha tambem uma infiltração cellular manifesta.

III—As lesões nas mucosas se acompanham igualmente de infiltração cellular.

THERAPEUTICA

I—A morphina, o principal alcaloide dó opio, é o medicamento por excellencia da dor.

II—Ella só deve ser empregada nas dôres agúdas e passageiras.

III—O seu uso immoderado dá logar á morphinomania.

ANATOMIA MEDICO—CIRURGICA

I—A região occipito frontal é muito vascularisada.

II—Assim se explicam as hemorrhagias abundantes em seguida á ferimentos n'esta região.

III—O melhor meio de parar estas hemorrhagias, é fazer a compressão das arterias sobre o craneo.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—A thoracentese é uma operação que consiste na retirada de liquidos da cavidade pleural.

II—Estes liquidos podem ser sero-fibrinosos, purulentos e hemorrhagicos

III—Esta operação é praticada com os apparelhos aspiradores de Potain, Dieulafoy e Cavezali.

HYGIENE

I—A agua representa papel importantissimo na transmissão de muitas molestias.

II—A agua já deve entrar purificada nos domicilios.

III—O serviço das aguas não deve ser feito por particulares, elle compete ao municipio.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I—Os signaes de morte dividem-se: em certos, provaveis e duvidosos.

II—Convem distinguir a morte real da morte apparente, afim de evitar inhuacões prematuras.

III—Para isto, os 2 melhores processos são o da fluoresceina e o do papel de acetado de chumbo.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—Em estado normal o baço não é palpavel.

II—Quando se consegue palpal-o, ha augmento de volume ou queda (ptose).

III—Para a palpação do baço usa-se dos processos de Schuster é Zienisser.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—Glaucoma—é uma molestia que tem como symptoma capital o augmento da pressão intra ocular.

II—Elle pode ser primitivo ou secundario.

III—O melhor tratamento è o cirurgico (icédectomia).

CLINICA PEDIATRICA MEDICA

I—A coqueluche ou tosse convulsa é uma molestia que ataca particularmente as creanças.

II—Ella é caracterisada por acessos de tosse suffocante, que terminam pela expectoração de mucosidade viscosas.

III—Ella é frequente especialmente nas creanças de 2 á 5 annos.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I—O germe—valgum é uma deformidade de joelho caracterisado por uma infecção lateral externa do membro (pernas em X).

II—A sua causa é uma lesão ossea.

III—A intervenção de escolha é a osteotemia.

CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I—A prostatectomia—é uma afecção que consiste na extirpação da prostata.

II—E' hoje uma operação corrente.

III—Ella pode ser praticada pelo perinêo, pelo hypogastro ou pelas 2 vias combinadas.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—A leishmaniose é uma affecção que se localisa na pelle e nas mucosas.

II—Ella é produzida pelo leishmania tropica.

III—Tem de ordinario a duração de um anno.

CLINICA MEDICA (2.ª Cadeira)

I—A retenção de chloretos ou chloreremia, gosa de papel capital na pathogenia dos edemas.

II—D'ahi, a necessidade de dosar a albumina e tambem os chloretos nos individuos atacados de mal de Bright.

III—No mal de Bright, o mal está no que fica retido e não no que sahe.

CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

I—O diabetes assucarado é uma molestia dystrophica.

II—A glycosuria, a polyuria, a polydipsia e a polyphagia constituem os 4 grandes signaes.

III—Uma das complicações mais terriveis da diabetes é a tuberculose pulmonar.

CLINICA OBSTETRICA

I—Delivramento—é a expulsão ou extracção da placenta e seus annexos.

II—Elle póde ser natural ou artificial; o natural podendo ser expontaneo ou ajudado.

III—Dá-se em 3 tempos—1º descolamento da placenta; 2º passagem da placenta na vagina, descolamento das membranas; 3.º expulsão da placenta.

CLINICA GYNECOLOGICA

I—Metrite—é a inflamação do utero.

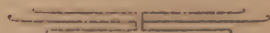
II—Os dois factores ordinarios da metrite são: a blenorrhagia e a infecção puerperal.

III—A metrite é primitivamente uma endometrite.

CLINICA PSYCHIATRIA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I—A epilepsia não é um estado morbido autonomo.

II—Clinicamente ha 2 variedades de epilepsia—a parcial ou bravais jacksoniana e a essencial ou generalisada.

III—A epilepsia começa habitualmente na adolescencia.

Visto

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 5 de Novembro de 1912.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles

CORRIGENDA

PAGINA	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
5	3	ccaledonia	Caledonia
13	3	muitas pesquizas tem abundam os do insectore	muitas pesquizas tem sido feitas mais não se sabe dizer etc.
25	15	mais	màs